

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BANNOUR DORCAF

Date de naissance : 27/08/1981

Adresse : Résidence les champs 2 ALT FG

Nassim Sidi Naarouf'

Tél. : 06 34 62 28 20 Total des frais engagés : 2680 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benhniini Fouad Age : 46ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infection à Hf

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 04/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Abdal

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

رقم الهاتف (اختياري): خاص بالمؤمن (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

BENHNINI FOUAD

N° affiliation :

B64464

N° immatriculation :

9319935113

N° CIN :

DD55385

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

Résidence 13 champs App 17 imm F
NASSIM, casablanca

Montant des frais (Dhs) :

2.680 Dhs

Nombre de pièces jointes :

3

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي :

تاریخ الازیداد :

Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN :

الجنس* :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

رقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات

Type de soins

قبول المرض المزمن :

Admission ALD*:

oui non

N° dossier ALD*:

.....

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

.....

رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* علاجات خارجية *

oui non

تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* استشفاء *

Date d'hospitalisation :

تاريخ الاستشفاء :

Fait à : Casablanca
Le : 21/07/2022

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

حرر بـ :
في :
أشهد بصحة
كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur
l'exactitude des renseignements
portés ci-dessus.

Fait à : Casablanca
Le : 21/07/2022
أصرخ بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج
أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible des sanctions légales et réglementaires. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4 , rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

عدد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية العمومية

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفيد Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP : <input type="text"/>
		INP : <input type="text"/>
		INP : <input type="text"/>

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الاحياء، الاشعة والصور

INP: 097 167 29 0

INP:

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

مطبخ المسابقات الطيب

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وظائف المساعي الطبي Signature et Cachet du Pannier
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

INP:



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

💡 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	02/10/2022	Virement	-	2 680,00	2 024,00	481,00	2 505,00
1	-	16/09/2022	Virement	-	875,40	608,02	138,98	747,00
1	-	01/08/2022	Virement	-	830,10	469,87	89,26	559,13
2	-	30/06/2022	Virement	-	2 694,70	1 798,00	13,20	1 811,20

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

Dr. EL KHALIFA Asma
GASTRO-ENTEROLOGUE
Proctologie - Endoscopie digestive
Echographie



دكتورة الخليفة أسماء
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج (البواسر) - الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

Casablanca , le 7 Juillet 2022

Demande pour le patient Mr BENHNINI Fouad

NFS-PQ
VS/CRP
ASAT/ALAT
PAL/GGT
CT/TG
ACIDE URIQUE
GAJ/HBA1C
PSA
TEST RESPIRATOIRE A L UREE
3 EPS
CALPROTECTINE FCALE

Prof. LARBI IDRIS
Laboratoire International
d'Analyses Biomédicales
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Arrache
Casablanca
Tél: 0522 12 39 70 Fax: 0522 26 22 0

Dr. A. EL KHALIFA
Gastro-Enterologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerkouni
Casablanca - Tél : 05 22 20 24 22

59 boulevard Zerkouni, Rés les Fleurs 2^e étage.
Tél. : 05 22 20 24 22
Email : docteurelkhalifa@gmail.com

59, شارع الزرقطوني، إقامة الزهور، الطابق الثاني
الهاتف : 05 22 20 24 22
البريد الإلكتروني : docteurelkhalifa@gmail.com



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALS

Casablanca le, 15-07-2022

FACTURE N° 000254810

Nom, Prénom du patient : Mr FOUAD BENHNINI**Date de l'examen :** 15-07-2022**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 2207150039**Médecin demandeur :** Dr Asma EL KHALIFA

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
9106	Forfait traitement autre échantillon	B0	B
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0143	Phosphatases alcalines	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0254	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	B40	B
0254	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	B40	B
0254	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	B40	B
0370	CRP	B100	B
B361	PSA	B250	B
	Test respiratoire à l'urée	-	HN
	Calprotectine	-	HN

Total des BHN : 2380**Montant total en chiffre :** 2380DHS**Montant Total en lettres :** deux mille trois cent quatre-vingts dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.

Prof. LARBI IDRISSE
Laboratoire International
d'Analyses Biomédicales
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Arrachati

Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; Tel: +212(0)5 22 42 89 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09 E-mail : contact@liab.ma Site Web : www.liab.ma
IF : 50367069 ; CNSS : 2783061 ; Patente : 36341724 ; N°ICE : 00286349500067 ; INPE Biologiste : 097167290 ; INPE laboratoire : 093060846